

Применение данного affidavita разрешено согласно части 1.5 (начиная с раздела 6550) параграфа 11 Семейного кодекса штата Калифорния. Он не влияет на права родителей или законных опекунов несовершеннолетнего лица в отношении медицинского обслуживания, опеки и контроля данного несовершеннолетнего лица и не означает, что лицо, осуществляющее уход, является законным попечителем несовершеннолетнего. Данный affidavit не означает, что несовершеннолетнее лицо автоматически является зависимым лицом в целях страхового покрытия лечения.

Указанное ниже несовершеннолетнее лицо проживает вместе со мной. Мне не менее 18 лет.

1. Имя и фамилия несовершеннолетнего лица: _____
2. Дата рождения несовершеннолетнего лица. _____
3. Мои имя и фамилия (*предоставляющий разрешение взрослый*): _____
4. Моя дата рождения: _____
5. Удостоверение личности с фотографией (водительское удостоверение штата Калифорния или удостоверение личности штата Калифорния): _____
(прикрепите копию; см. стр. 2, «Лицам, осуществляющим уход», пункт 4) № удостоверения
6. Мой домашний адрес: _____

- Я являюсь дедушкой, бабушкой, дядей, тетей или другим удовлетворяющим требованиям родственником несовершеннолетнего.
(В целях пункта 5 под термином «удовлетворяющий требованиям родственник» подразумеваются следующие лица: супруг(а), один из родителей, один из приемных родителей, брат, сестра, сводный брат, сводная сестра, брат/сестра по одному из родителей, дядя, тетья, племянница, племянник, двоюродный брат, двоюродная сестра, бабушка, дедушка, прабабушка, прадедушка либо супруг(а) любого из лиц, указанных в данном определении, даже если брак был аннулирован в связи со смертью или расторжением.)

7. Отметьте один или оба пункта (например, если один из родителей уведомлен, а местопребывание другого неизвестно):

- Я сообщил(а) родителю (родителям) или иным лицам, являющимся законными попечителями несовершеннолетнего, о своем намерении санкционировать психиатрическое медицинское лечение и не получил (а) возражений.
- На данный момент мне не удалось связаться с родителем (родителями) или иными лицами, являющимся законными попечителями несовершеннолетнего, чтобы сообщить им о своем предполагаемом разрешении.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ! НЕ ПОДПИСЫВАЙТЕ ДАННЫЙ ДОКУМЕНТ, ЕСЛИ ЛЮБОЕ ИЗ УТВЕРЖДЕНИЙ ВЫШЕ ЯВЛЯЕТСЯ НЕВЕРНЫМ, В ПРОТИВНОМ СЛУЧАЕ ВЫ СОВЕРШИТЕ ПРЕСТУПЛЕНИЕ, ВЛЕКУЩЕЕ ЗА СОБОЙ НАКАЗАНИЕ В ВИДЕ ШТРАФА, ТЮРЕМНОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ ИЛИ И ТОГО И ДРУГОГО.

Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство согласно законодательству штата Калифорния, что вышеизложенная информация является точной и верной. Если несовершеннолетнее лицо прекратит проживать совместно с Вами, Вы должны уведомить об этом учебное заведение, поставщика медицинских услуг или план медицинского обслуживания, которому Вы вручили данный affidavit.

Подпись лица, осуществляющего уход: _____ Дата: _____

- Настоящее Согласие было переведено на _____ для клиента и (или) ответственного взрослого.

Если переведенная версия настоящего Согласия была подписана клиентом и (или) ответственным взрослым, то ее необходимо приложить к версии на английском языке.

* Подшить в раздел 2, «Согласия и уведомления»

Настоящая конфиденциальная информация предоставлена в соответствии с федеральным законодательством и законодательством штата, включая среди прочего соответствующие разделы Кодекса законов о социальном обеспечении и учреждениях социального обеспечения, Гражданского кодекса, а также стандарты конфиденциальности Закона об унификации и учете в области медицинского страхования (HIPAA). Копирование данной информации для дальнейшего распространения запрещено без предварительного письменного согласия клиента/уполномоченного представителя, которому принадлежит данная информация, если иное не предусмотрено законодательством. После выполнения указанной цели первоначального запроса данная информация должна быть уничтожена.

Имя и фамилия:

Номер IS:

Учреждение:

Номер поставщика:

Округ Лос-Анджелес — Департамент психического здоровья

Обратите внимание!

- Настоящее заявление не влияет на права родителей или законных опекунов несовершеннолетнего лица в отношении медицинского обслуживания, опеки и контроля данного несовершеннолетнего лица и не означает, что лицо, осуществляющее уход, является законным попечителем несовершеннолетнего.
- Лицо, руководствующееся данным affidavitом, не имеет обязательств производить дополнительные запросы или расследования.
- Данный affidavit действителен лишь в течение одного года после даты оформления.

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

ЛИЦАМ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИМ УХОД

1. В целях пункта 5 под термином «удовлетворяющий требованиям родственник» подразумеваются следующие лица: супруг(а), один из родителей, один из приемных родителей, брат, сестра, сводный брат, сводная сестра, брат/сестра по одному из родителей, дядя, тетя, племянница, племянник, двоюродный брат, двоюродная сестра, бабушка, дедушка, прабабушка, прадедушка либо супруг(а) любого из лиц, указанных в данном определении, даже если брак был аннулирован в связи со смертью или расторжением.
2. Согласно законодательству, если Вы не являетесь родственником или имеющим лицензию приемным родителем без права на усыновление, то, для осуществления ухода за несовершеннолетним лицом, Вам, возможно, потребуется приобрести лицензию для приема детей на воспитание без права на усыновление. Если у Вас возникнут какие-либо вопросы, обращайтесь в местный отдел социального обеспечения.
3. Если несовершеннолетнее лицо прекратит проживать совместно с Вами, Вы должны уведомить об этом учебное заведение, поставщика медицинских услуг или план медицинского обслуживания, которому Вы вручили данный affidavit.
4. Вы не располагаете запрашиваемой в пункте 5 информацией (водительское удостоверение штата Калифорния или удостоверение личности штата Калифорния), предоставьте другую форму удостоверения личности, например, номер социального обеспечения или номер участника программы «Medi-Cal».

ДОЛЖНОСТНЫМ ЛИЦАМ УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ

1. Разделом 48204 Кодекса об образовании предусматривается, что данный affidavit является достаточным основанием для определения места проживания несовершеннолетнего лица без требования статуса попечителя или опекуна, за исключением случаев, когда школьный округ определит исходя из фактических сведений, что несовершеннолетнее лицо не проживает с лицом, осуществляющим уход.
2. Школьный округ имеет право потребовать дополнительные, в пределах разумного, доказательства того, что лицо, осуществляющее уход, проживает по адресу, указанному в пункте 4.

ПОСТАВЩИКАМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ПЛАНАМ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

1. Лицо, действующее добросовестно на основании affidavitа от лица, осуществляющего уход, для оказания медицинского или стоматологического обслуживания и не осведомленное о фактах, противоречащих изложенным в affidavitе, освобождается от уголовной и гражданской ответственности и не подлежит наказанию в дисциплинарном порядке за такие действия, если соответствующие разделы данной формы заполнены.
2. Данный affidavit не означает, что несовершеннолетнее лицо автоматически является зависимым лицом в целях страхового покрытия лечения.